CENA 1 ZŁ 50 GR

# Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 5 (XVI) Styczeń 1952 Nr 1



WYDAWCA POLSKI



CZERWONY KRZYŻ

## TREŚĆ



REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek i skrótów, bez porozumienia z autorem.

# Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 5 (XVI) Styczeń 1952 Nr 1





# W 28-rocznicę śmierci Lenina



ZACHOWAJCIE ILJICZA W PAMIĘCI, KOCHAJCIE GO, STUDIUJCIE DZIEŁA ILJICZA, NASZEGO NAUCZYCIELA, NASZEGO WODZA.

WALCZCIE PRZECIW WROGOM WEWNĘTRZNYM I ZEWNĘTRZNYM, I ZWYCIĘŻAJCIE ICH — JAK ILJICZ.

BUDUJCIE NOWE ŻYCIE, NOWY BYT, NOWĄ KULTURĘ — JAK ILJICZ.

NIGDY NIE UCHYLAJCIE SIĘ OD SPRAW DROBNYCH W SWEJ PRACY, ALBOWIEM Z RZECZY MAŁYCH POWSTAJĄ WIELKIE — NA TYM POLEGA JEDNO Z NAJWAŻNIEJSZYCH PRZYKAZAŃ ILJICZA.

*J. STALIN*

**21 stycznia 1924 roku zmarł Włodzimierz Iljicz Uljanow — Wielki Lenin, genialny teoretyk proletariatu, twórca bolszewizmu, wódz Wielkiej Socjalistycznej Rewolucji Październikowej i założyciel pierwszego na świecie państwa socjalistycznego — Związku Radzieckiego.**

**Włodzimierz Lenin pozostawił międzynarodowemu ruchowi rewolucyjnemu swoją nieśmiertelną naukę — leninizm, która stanowi dalsze rozwinięcie teorii marksizmu w okresie imperializmu i rewolucji proletariackich.**

**Pod sztandarem marksizmu-leninizmu narody dawnej Rosji carskiej zerwały kajdany niewoli społecznej i zbudowały wolne od klas antagonistycznych społeczeństwo socjalistyczne, w którym zniszczone zostały źródła wojen imperialistycznych. Leninizm naukowo rozwiązał zagadnienie wojny i pokoju, które najżywiej obchodzi masy pracujące świata, stanowi bowiem „zagadnienie życia i śmierci dziesiątków milionów ludzi" — według słów Lenina.**

**Pod sztandarem leninizmu w nierozerwalnym sojuszu ze Związkiem Radzieckim buduje ustrój socjalistyczny naród polski i wszystkie narody krajów demokracji ludowej.**

**Pod sztandarem leninizmu, pod kierownictwem Józefa Stalina walczą o pokój, demokrację i socjalizm masy pracujące całego świata.**

Doc. dr MIECZYSŁAW FEJGIN

# Dychawica oskrzelowa

## (Astma)

POJĘCIE astmy jako stanu utrudnionego oddychania, połączonego z uczuciem duszności znane było już starożytnym lekarzom Grecji i Rzymu, ale do pierwszych lat bieżącego stulecia uważano dychawicę oskrzelową za nerwicę oddechową, charakteryzującą się napadami duszności, którym towarzyszą zaburzenia naczynioruchowe błon śluzowych dróg oddechowych. Mówiło się o „astmie pierwotnej" (**astma essentialis**), jako o pewnej postaci pierwotnej skazy humoralnej. Już jednak w 18 wieku zaczęto odróżniać astmę ze stałą dusznością, wywoływaną przez zmiany organiczne, od astmy napadowej — bez określonej etiologii. Już wtedy również zwracano uwagę na zmienność czynników wywołujących astmę i na brak wszelkiej prawidłowości w jej leczeniu. Już wtedy podkreślano rolę czynników klimatycznych i znaczenie dziedziczności. Jednak dopiero w ciągu ostatnich kilku dziesiątków lat zaczęto wyodrębniać szereg postaci astmy oskrzelowej, różnych pod względem etiologii.

Ujęcie dychawicy oskrzelowej jako zjawiska natury alergicznej datuje się właściwie od pierwszych lat bieżącego stulecia, kiedy badania nad alergią, anafilaksją i idiosynkrazją wykazaly zadziwiające podobieństwo między napadem dychawicy oskrzelowej a wstrząsem anafilaktycznym u świnki morskiej. Stopniowo mnożą się spostrzeżenia potwierdzające związek między dychawicą oskrzelową a nadwrażliwością do różnych substancji, i rola alergii w etiologii dychawicy oskrzelowej staje się coraz bardziej oczywista.

Napady dychawicy oskrzelowej są bezpośrednio związane z nagłym zwężeniem światła drobnych oskrzeli i oskrzelików wskutek rozległego skurczu okrężnych mięśni gładkich w ich ściankach albo wskutek obrzęku śluzówki tych oskrzeli, względnie — kombinacji obydwu tych czynników.

Skurcz mięśni oskrzeli zależy, zdaniem większości autorów, od chwilowej przewagi układu nerwowego przywspółczulnego nad układem współczulnym, który powoduje rozszerzenie oskrzeli i który normalnie — w stanie zdrowia — dominuje w zakresie narządu oddechowego nad układem nerwu błędnego. Inni uważali skurcz oskrzelików za zjawisko wtórne, wywołane podrażnieniem zakończeń nerwowych śluzówki oskrzeli przez stan zapalny tej śluzówki. Niektórzy znów byli zwolennikami teorii wysiękowej i sądzili, że w wyniku pewnych swoistych procesów zapalnych, względnie zapalno-infekcyjnych wytwarza się na śluzówce oskrzeli wysięk, który wraz z obrzękiem śluzówki prowadzi do zwężenia światła, do gorszego przewietrzania płuc, do niedostatecznego nasycania krwi tlenem — i do podrażnienia ośrodka oddechowego — skąd napad duszności w dychawicy oskrzelowej.

Jednak wszystkie te mniej lub więcej mechanistyczne i czysto lokalne teorie, dotyczące patogenezy dychawicy oskrzelowej nie odegrały większej roli i musiały ustąpić miejsca wspomnianej już teorii alergicznej, względnie anafilaktycznej, zaproponowanej w 1910 r. przez **Meltzera**, która do chwili obecnej posiada najwięcej zwolenników. Teoria ta stanowiła naturalną konsekwencję doświadczalnych prac **Richeta, Arthus'a** i innych nad anafilaksją i stwierdzenia, że w obrazie wstrząsu anafilaktycznego u świnki morskiej dominuje również skurcz oskrzelików, jak w napadzie dychawicy oskrzelowej u człowieka. W obydwu wypadkach można było stwierdzić swoisty odczyn uczulonego ustroju na zetknięcie z alergenem. U świnki morskiej dało się nawet wywołać uczulenie i wstrząs — przez doprowadzenie antygenu drogą układu oddechowego, co tak często przecież ma miejsce u astmatyków, uczulonych na wdychane substancje.

Znaczenie alergenu, jako czynnika zewnętrznego w patogenezie dychawicy oskrzelowej, wynika już choćby z tego, że przerwanie styczności chorego z alergenem, wywołującym napady, np. zmiana zawodu i otoczenia, wyjazd

do innej miejscowości, usunięcie danego pokarmu z diety, prowadzi nieraz do ustąpienia napadów a nawet do trwałego wyleczenia.

Znamy zresztą szereg innych chorób, uważanych powszechnie za alegiczne, jak choroba posurowicza, obrzęk **Quincke'go**, pokrzywka sienny nieżyt spojówek i nosa itd. Wszystkie te sprawy wywoływane są przez różne substancje uczulające, których ilość może być ogromna, albowiem każda substancja białkowa, a nawet i niebiałkowa, pochodzenia zewnątrz i wenątrz ustrojowego, jady i ciała bakteryjne, szereg czynników chemicznych i fizycznych (zimno, promienie słoneczne) może stać się przyczyną uczulenia. Jednak forma, w jakiej wystąpią objawy uczulenia nie zależy od rodzaju ani sposobu przeniknięcia alergenu do ustroju, tylko od właściwości organizmu. Zresztą wielu ludzi w ogóle nie udaje się uczulić pomimo długotrwałego kontaktu z alergenami, które u innych osobników wywołują z łatwością dychawicę oskrzelową lub pokrzywkę.

Jak można wytłumaczyć te ogromne indywidualne różnice w sposobie reagowania na rozmaite alergeny — zupełny brak wrażliwości u jednych i wielką nadwrażliwość u innych? Spostrzeżenia kliniczne zdają się przemawiać za wielkim znaczeniem predyspozycji dziedzicznej.

Oczywiście nie ma żadnych podstaw naukowych do tłumaczenia wpływu dziedziczności przez istnienie jakiegoś specjalnego „genu" astmatycznego, jak to próbują czynić genetycy formalni, usiłując w sposób mechaniczny stosować idealistyczne teorie chromozomów **Weismana — Morgana — Mendla.**

Dziedziczność należy tu ujmować w sensie, jakie nadał temu pojęciu **Miczurin**, a mianowicie, że żywy ustrój wymaga dla swego życia i rozwoju pewnych określonych warunków i w określony sposób reaguje na te czy inne warunki. Otóż schorzenia alergiczne jako takie nie dziedziczą się bynajmniej, jakby to wynikać mogło z twierdzeń genetyków formalnych. Dziedziczy się jedynie zdolność do nabywania w pewnych warunkach wrażliwości w stosunku do tych czy innych czynników ze środowiska otaczającego — do alergenów. Pod wpływem pewnych warunków powstała widocznie w poprzedzających pokoleniach zmieniona odczynowość ustroju w sensie skłonności do wytwarzania nadwrażliwości.

Jeżeli chodzi o etiologię dychawicy oskrzelowej, to jak już wspomniano, najczęściej bo u 50% tych chorych można stwierdzić udział jakiegoś czynnika, na który dany ustrój jest nadwrażliwy, który więc wywołuje uczulenie i wyzwala napady dychawicy oskrzelowej.

Czynniki uczulające, czyli alergeny można podzielić na kilka grup. **Orłowski** odróżnia następujące ich rodzaje: **alergeny pochodzenia zwierzęcego** (łuski lub włosy zwierząt, pierze, włosy ludzkie), działające przy przenikaniu drogą układu oddechowego; **alergeny pokarmowe** (mięso, ryby, raki, mleko, jaja, ryż, mąka, owoce, poziomki); **środki lecznicze,** jak korzeń wymiotnicy, aspiryna, chinina, pyramidon, luminal oraz barwiki jak ursol, używany do barwienia futer; **alergeny pochodzenia roślinnego,** działające również przez drogi oddechowe, jak pyłki roślinne, zapachy kwiatów (często prymulki), pleśnie i ich zarodniki. Ta grupa alergenów wywołuje często gorączkę sienną, względnie katar sienny.

Osobną grupę stanowią tzw. **czynniki klimatyczne,** nazwane przez **Storma van Leeuwen'a** „miazmatami". Zależą one nieraz od kurzu w mieszkaniach (roztocze, pleśnie, pył z mebli, pościeli, dywanów), nieraz od nieuchwytnych substancji obecnych w powietrzu danej miejscowości, a działających alergizująco na pewną kategorie chorych. Dlatego właśnie niektórzy pacjenci czują się dobrze tylko na wsi, inni w mieście, nawet fabrycznym, niektórzy w górach lub nad morzem, albo tylko w lesie sosnowym.

Stosunkowo obszerną grupę czynników uczulających stanowią rozmaitego rodzaju bakterie i produkty ich przemiany materii — paciorkowce, gronkowce i wszelkie inne, które pasożytują w różnych narządach i jamach ustroju chorego (w układzie oddechowym, przewodzie pokarmowym, drogach żółciowych i moczowych, migdałkach, jamach obocznych nosa itd.). Wszystkie te drobnoustroje mogą uczulać ustrój produktami swej przemiany materii lub bezpośrednio przedostając się do krwi.

Często przy pomocy prób skórnych można stwierdzić u chorych z dychawicą oskrzelową istnienie nadwrażliwości w stosunu do kilku i kilkunastu różnych alergenów — tzw. uczulenie grupowe. Trudno jest wtedy orzec, który alergen stanowi właściwą przyczynę dychawicy oskrzelowej.

Uczulenie ustroju odbywa się najczęściej drogą układu oddechowego, albo przewodu po-

karmowego. Jednak alergeny działać mogą także przez skórę, spojówki oczne, a proteiny bakteryjne — z różnych miejsc ustroju drogą humoralną (przez krew i limfę).

Jeżeli jednak przy pomocy prób skórnych udaje się u astmatyków często stwierdzać stan uczulenia (w 50% z górą przypadków), to przypadki czystej dychawicy oskrzelowej alergicznej, powodowanej przez jakiś ściśle określony antygen wcale nie są częste. Osławiona astma mączarzy, futrzarzy, hodowców koni itd. spotyka się w życiu znacznie rzadziej, niż by się zdawało.

W ogóle trzeba stwierdzić, że w wielu przypadkach nie można wykazać uczuleniowego pochodzenia dychawicy oskrzelowej. **Pasteur Vallery Radot** np. twierdzi, że równie dużym błędem, jak zaprzeczanie istnienia astmy anafilaktycznej, byłoby utrzymywanie, iż wszystkie przypadki dychawicy oskrzelowej są pochodzenia anafilaktycznego.

Istotnie obok licznych substancji uczulających znamy szereg czynników, które mogą wywoływać napady dusznicy oskrzelowej bez żadnego objawu uczulenia. Należą tu przede wszystkim bodźce psychiczne, jak gniew, niepokój, przestrach oraz liczne bodźce natury odruchowej (dychawica oskrzelowa towarzysząca skrzywieniom przegrody nosowej, wyroślom adenoidalnym, czy schorzeniom woreczka żółciowego, żołądka itd.). Wreszcie czynniki czysto fizyczne, jak zmiany ciśnienia barometrycznego, wahania wilgotności powietrza, silne wiatry itd. mogą być przyczyną astmy.

## PODZIAŁ KLINICZNY

Praktyczny charakter posiada podział kliniczny dychawicy oskrzelowej amerykańskiego autora **Tauba**, który sądzi, iż należy wyodrębnić 3 grupy wśród chorych na dychawicę oskrzelową.

Do 1 grupy zalicza **Taub** chorych o wyraźnych cechach alergicznych z eozynofilią we krwi i w plwocinie, wykazujących dodatnie próby skórne dotyczące nadwrażliwości w stosunku do określonych alergenów. W wywiadach tych osobników można zwykle stwierdzić jakieś dolegliwości alergiczne — katar sienny, pokrzywkę, nietolerancję w stosunku do niektórych pokarmów itd. Dolegliwości te występują często na szereg lat przed ujawnieniem się dychawicy oskrzelowej. Czynnik alergizujący może często być wykryty w bezpośrednim otoczeniu chorego — w pokarmach, w otoczeniu domowym, w związku z pracą zawodową. Dokładne wyeliminowanie kontaktu pacjenta z tym alergizującym czynnikiem zazwyczaj usuwa napady.

Do 2 grupy należą, według **Tauba,** pacjenci, u których nie można stwierdzić w wywiadzie osobistym, ani rodzinnym żadnych zjawisk i objawów alergicznych, u których nie stwierdza się eozynofilii we krwi, ani dodatnich prób skórnych, a zmiana otoczenia, klimatu i pogody nie wywiera wyraźnego wpływu na przebieg schorzenia. Częste są natomiast u tych chorych przebyte infekcje dróg oddechowych — katary, zapalenia obocznych zatok nosa, zapalenie oskrzeli, rozedma płuc, zapalenie płuc itd. Przypadki te, które niektórzy autorzy przypisują uczuleniu w stosunku do własnych drobnoustrojów dotyczą zwykle osób starszych, po 50-tce. Przebieg jest tu o wiele cięższy i bardziej uporczywy, leczenie mniej skuteczne, aniżeli w grupie 1. Pod względem anatomo-patologicznym dominują tu zmiany wysiękowe w oskrzelach nad stanami skurczowymi.

3 grupa chorych dotyczy przypadków mieszanych, w których objawy alergiczne, nieraz trwające od lat, zostały powikłane przez zakażenie drzewa oskrzelowego lub jam obocznych nosa.

## HISTAMINA A DYCHAWICA OSKRZELOWA

Mówiąc o patogenezie i etiologii napadów dychawicy oskrzelowej, niepodobna pominąć teorii histaminowej, która również stanowi próbę wytłumaczenia bardzo złożonego zjawiska fizjopatologicznego na podstawie poszczególnych objawów i jednostronnych mechanizmów.

Histamina jest nieczynna dopóki powstaje wewnątrz komórki. Działanie jej na ustrój występuje dopiero z chwilą, kiedy jakieś bodźce przesuwają ją z komórek do płynu tkankowego. **Dale** w 1910 r. wykazał, że wstrzyknięcie śwince morskiej histaminy wywołuje objawy zupełnie przypominające wstrząs anafilaktyczny. Otóż, w myśl teorii histaminowej, mechanizm wstrząsu zależeć ma od zjawienia się w krwioobiegu histaminy, uwolnionej nagle z komórek, biorących udział w odczynie wstrząsowym.

## ZMIANY ANATOMO-PATOLOGICZNE W DYCHAWICY OSKRZELOWEJ

Zmiany anatomo-patologiczne w dychawicy oskrzelowej nie posiadają ściśle określonego charakteru. W bardzo obszernym zestawieniu dotychczasowych wyników badań anatomo-patologicznych i histologicznych w dychawicy oskrzelowej, zebranym na podstawie niemal całego piśmiennictwa światowego, autor radziecki **Kogan** stwierdza, że schorzenie to nie posiada dotąd jeszcze swego odrębnego działu w nauce. Znajdujemy zaledwie opis kilku przypadków, zbadanych pośmiertnie. Analiza większości z nich przemawia jednak za tym, że przyczyną śmierci była nie dychawica oskrzelowa jako taka, lecz jakieś inne schorzenie, względnie — powikłanie w jej przebiegu.

Przy pośmiertnym badaniu astmatyków stwierdza się często przerost gruczołów wydzielniczych śluzówki oskrzeli, ogniska rozedmy oraz wtórnej bezpowietrzności tam, gdzie następuje całkowite zamknięcie światła oskrzelowego.

Częste — zwłaszcza u osób starszych z długoletnim przebiegiem schorzenia, z wtórną rozedmą i przewlekłym nieżytem oskrzeli — są też zmiany wtórne w układzie krążenia, zwłaszcza przerost i rozstrzeń prawej komory serca; czasami można stwierdzić przerost węzłów chłonnych u dzieci oraz niedorozwój nadnerczy i aorty. Oczywiście, że i te zmiany uważać należy raczej za wtórne, a nie bezpośrednio związane z dychawicą oskrzelową.

## OBRAZ KLINICZNY I OBJAWY DYCHAWICY OSKRZELOWEJ

Napady dychawicy okrzelowej przychodzą zazwyczaj w nocy, nieraz trwają do rana. Tłumaczy się to zmienionym zazwyczaj w porze nocnej stanem równowagi nerwowego układu wegetatywnego na korzyść układu przywspółczulnego oraz osłabieniem korowej regulacji ośrodków podkorowych, następnie wpływem swoistych czynników związanych z przebywaniem w łóżku (alergeny pościelowe — np. pierze poduszek) i nieswoistych, jak złe przewietrzanie, nieodpowiednia ciepłota w pokoju. Mogą tu również odgrywać rolę pewne momenty, związane z niedostatecznie jeszcze poznaną fizjologią snu. **Kogan** przytacza interesujące spostrzeżenia **Sternbergera** nad rozszerzaniem się naczyń krwionośnych i obrzmiewaniem śluzówki nosa w czasie narkozy. Jeżeli podobne zjawiska mają miejsce w czasie snu, to u osobników usposobionych łatwo może dojść do napadu dychawicy oskrzelowej.

W czasie napadu dominuje gwałtowne uczucie duszności, zwykle wyraźnie wydechowej. Chory dążąc do uzyskania dostatecznej ilości powietrza, rzuca się do otwartego okna, wykonuje gwałtowne ruchy oddechowe. Często przyjmuje przymusową pozycję, np. siedzi na fotelu, opierając się na łokciach lub wyciągniętych dłoniach. Oddech staje się głośny, towarzyszą mu świsty i furczenia, nieraz słyszalne na odległość; ilość oddechów jest raczej obniżona (10 na minutę). Często na szczycie napadu chory pokrywa się potem i skarży się na uczucie zimna.

Przedmiotowo w czasie napadu stwierdza się wdechowe ustawienie klatki piersiowej, napięcie wszystkich pomocniczych mięśni oddechowych, zwłaszcza międzyżebrowych, znaczną sinicę twarzy, niskie ustawienie i zupełne prawie unieruchomienie dolnych granic płuc, pudełkowy odgłos opukowy oraz liczne świsty i furczenia, pokrywające całkowicie szmery oddechowe przy osłuchiwaniu.

Na początku napadu zjawia się męczący, krótki nieskuteczny kaszel, zwłaszcza u osób z przewlekłym nieżytem oskrzeli i rozedmą płuc. W końcu napadu kaszel się wzmaga i zjawia się skąpa, gęsta, ciągnąca się przeważnie śluzowa plwocina. Wreszcie plwocina staje się obfitsza i bardziej płynna, oddech — lżejszy, i napad mija.

W okresach międzynapadowych chorzy mogą się czuć zupełnie dobrze i nie odczuwać żadnych dolegliwości, ani nie zdradzać żadnych objawów przedmiotowych. Jednak dłużej trwająca dychawica oskrzelowa przyczynia się zwykle do rozwoju rozedmy płuc i przewlekłego nieżytu oskrzeli w tych stanach, a więc ze stałą sinicą, obrzmieniem i wypełnieniem żył szyjnych — aż do wyraźnej niedomogi prawego serca. W tym okresie często napady dychawicy oskrzelowej uspokajają się, natomiast pozostaje stały męczący kaszel ze świstami i furczeniami w płucach.

Nie jest rzadkością zjawienie się typowych nocnych napadów bezpośrednio po jakiejś ostrej sprawie infekcyjnej układu oddechowego np. po grypowym zapaleniu płuc. Z biegiem czasu napady mijają, natomiast trwa stały, męczący kaszel prawie bez plwociny, któremu towarzyszą

liczne i stale utrzymujące się świsty i furczenia oraz uczucie duszności — jest to tzw. kurczowy nieżyt oskrzeli, który uważać należy za ekwiwalent dychawicy oskrzelowej.

Rozpoznanie typowego napadu jest łatwe. Charakterystyczne są tu: przeważnie w y d e c h o w y t y p d u s z n o ś c i, nie przyspieszony, czasami nawet z w o l n i o n y o d d e c h, g ł o ś n e ś w i s t y, objawy ostrej rozedmy oraz charakter plwociny, w wywiadach często spotykane u pacjenta zespoły uczeleniowe (pokrzywka, katar sienny), wreszcie wyniki badań laboratoryjnych krwi i plwociny. Inne objawy kliniczne, dotyczące układu oddechowego i krążenia u tych chorych, nie są swoiste ani typowe i zależą raczej od wtórnych zmian i powikłań.

## ROZPOZNANIE RÓŻNICZKOWE

Dychawicę oskrzelową w jej typowej napadowej postaci na ogół łatwo jest rozpoznać na podstawie wymienionych wyżej objawów klinicznych, laboratoryjnych oraz zespołów alergicznych w wywiadzie.

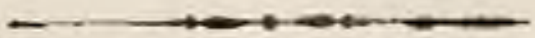
Nieraz jednak rozpoznanie nasuwać może znaczne trudności, zwłaszcza jeżeli w grę wchodzą inne schorzenia, w których stany duszności mogą występować, względnie jeżeli ma się do czynienia z początkowym i nietypowym okresem dychawicy oskrzelowej, przebiegającym w postaci kurczowego nieżytu oskrzeli, zwłaszcza po świeżo przebytej grypie czy zapaleniu płuc. Te właśnie kurczowe stany poinfekcyjne, które z czasem przechodzić mogą w typowe napady dychawicy oskrzelowej są często rozpoznawane jako banalne nieżyty oskrzelowe i bezskutecznie leczone środkami wykrztuśnymi, bańkami itd. Otóż uporczywy kaszel ze skąpą, z wielkim wysiłkiem wydobywaną plwociną, znaczna ilość świstów przy osłuchiwaniu, stała duszność nawet w braku typowych napadów i nawet bez wyraźnej eozynofilii we krwi, wreszcie niedawno przebyte zakażenie grypowe, względnie zapalenie płuc powinny prowadzić do rozpoznania alergicznego, względnie odruchowego charakteru cierpienia i wskazać właściwy kierunek postępowania leczniczego.

U starszych ludzi dużą trudność stanowić może odróżnienie dychawicy oskrzelowej od dychawicy sercowej, spotykanych często w stanach z przeciążeniem lewokomorowym, jak nadciśnienie tętnicze, zawał lewej komory, wady aortalne i ostre zapalenie kłębuszkowe nerek.

Nie należy zapominać, że dychawica oskrzelowa wcale nie tak rzadko spotyka się w przebiegu przewlekłej gruźlicy płuc. Zresztą dane z piśmiennictwa co do wzajemnego stosunku tych dwóch schorzeń są nader sprzeczne. Niektórzy autorzy uważają, że chory na gruźlicę może dostać astmy, ale chory na astmę nie może zachorować na gruźlicę, i że w ogóle jednoczesne występowanie dychawicy oskrzelowej i gruźlicy płuc należy do wielkich rzadkości. Inni natomiast są wręcz odmiennego zdania i uważają, że dychawica oskrzelowa usposabia do gruźlicy płuc.

W każdym razie z codziennego doświadczenia klinicznego wynika z całą oczywistością, że w łagodnie przebiegających włóknistych postaciach gruźlicy płuc spotkać się można ze stanami kurczowymi oskrzeli — aż do wyraźnej dychawicy oskrzelowej. Praktycznie rzecz biorąc, trzeba pamiętać o możliwości skojarzenia tych dwóch spraw chorobowych, aby nie przeoczyć zakażenia gruźliczego u astmatyka.

d. c. n.



# TRANSPORT CHORYCH

W warunkach pracy służby zdrowia, a w szczególności w chirurgii urazowej ważnym i niejednokrotnie należycie niedocenianym etapem leczenia jest prawidłowo zorganizowany transport chorych.

Po udzieleniu pomocy na miejscu wypadku czy zachorowania, konieczne staje się odwiezienie rannego lub obłożnie chorego do zakładu leczniczego w sposób, któryby nie wpłynął szkodliwie na stan przewożonego.

Zagadnienie transportu chorych urasta do niezwykle ważnego problemu w warunkach kataklizmu, pożarów, powodzi, wypadków kolejowych itp., kiedy w grę wchodzą duże odległości od ośrodków szpitalnych, trudności komunikacyjne, brak odpowiedniej ilości środków przewozowych, brak materiału sanitarnego. leków i fachowego personelu lekarsko - pielęgniarskiego.

Sprawa transportu rannych i chorych jest szczególną troską naszej służby zdrowia.

We wszystkich większych ośrodkach wojewódzkich i powiatowych znajdują się stacje Pogotowia Ratunkowego, które dysponują środkami przewozowymi i wykwalifikowanym personelem lekarskim i sanitarnym.

Ambicją personelu medycznego, zwłaszcza średniego, a więc przede wszystkim pielęgniarek powinno być poznanie i zrozumienie istoty transportu sanitarnego i związanych z tym zasadniczych momentów fachowych i organizacyjnych.

### Cel transportu sanitarnego

Celem transportu sanitarnego jest jak najszybsze dostarczenie chorego do ośrodka kwalifikowanej pomocy lekarskiej.

Aby transport sanitarny spełniał swoje zadanie, konieczne jest sprawne i należyte zorganizowanie go w czasie i przestrzeni.

### Klasyfikacja transportu sanitarnego

Dla łatwiejszego zróżnicowania i zrozumienia kwestii związanych z transportem chorych i rannych podzielimy transport w zależności od rodzaju zachorowania, środka przewozowego i warunków klimatyczych.

Rozróżniamy zatem:
transport chorych: obłożnie, zakaźnie, w przypadkach nagłych zachorowań;
transport rannych: lekko rannych, poruszających się o własnych siłach, średnio i ciężko rannych, nie poruszających się o własnych siłach.

W zależności od środka przewozowego rozróżniamy:
transport: pieszy, przy pomocy zaprzęgu zwierzęcego (konny psi), kolejowy, samochodowy, lotniczy, wodny.

W zależności od pory roku rozróżniamy:
transport: w lecie, w zimie.

### Najprostsze sposoby transportu sanitarnego

W zakładzie pracy, na ulicy, w czasie podróży, na wycieczce, a nawet we własnym domu zdarzyć się może wypadek i stąd konieczność przeniesienia chorego na bliższą lub dalszą odległość bez wyrządzenia mu dodatkowych cierpień.

Poniższe rysunki ilustrują proste sposoby przenoszenia osób, które uległy jakimś obrażeniom.

Sposobem najprostszym, a jednocześnie sprawiającym choremu najmniejszy uraz, jest przenoszenie go przed sobą na rękach. Sposób ten służyć może do przenoszenia chorych z różnorodnymi postaciami urazów, jednak tylko na bliską odległość — sposobem pielęgniarskim.



Chorych przytomnych ze złamaniem podudzia, czy zwichnięciem stopy, łatwo i wygodnie przenosić możemy na plecach, w ten sposób jednak nieść można tylko osoby niezbyt ciężkie albo dzieci.

W razie konieczności przeniesienia chorego nieprzytomnego lub wykrwawionego na bliską odległość, niosący obejmuje pra-

wą ręką nogi chorego i zarzuca go sobie na prawy bark, tak że głowa chorego zwisa ku dołowi na wysokości łopatek niosącego. W celu lepszego unieruchomienia w czasie marszu, niosący swoją prawą ręką ujmuje prawą rękę chorego cofniętą umyślnie ku tyłowi. Ten prosty sposób pozwala na przeniesienie średniociężkiego chorego. Jeżeli mamy do pokonania większą odległość, a pacjent sporo waży, konieczna jest pomoc dwóch osób.

Najchętniej stosuje się przenoszenie na rękach splecionych na krzyż w formie stołeczka, względnie używa się do tego celu owiniętego prętu metalowego, drąga, deseczki itp. Poniższe rysunki ilustrują sposób podejścia i ujęcia chorego, a następnie przenoszenie go.



Można również przenosić chorego w sposób następujący: jedna z osób podchodzi doń od strony głowy, podchwytuje go pod pachy rękami zgiętymi w łokciach, druga zaś zwrócona do chorego plecami, stojąc między jego nogami ujmuje go pod kolana. Sposobu tego nie stosuje się w przypadkach złamań kości. Jedną z osób niosących powinien być silny mężczyzna.

Jak widzimy z tej krótkiej i niewyczerpującej wzmianki, sposobów jest wiele i możliwe są tu odmiany, zależne od umiejętności i pomysłowości niosących. W każdym jednak wypadku należy zawsze pamiętać, aby nie zaszkodzić choremu nieprawidłowym ujęciem go, nieostrożnym kładzeniem na nosze itp.



Trzeba umieć również korzystać z przedmiotów, jakie mamy pod ręką do dyspozycji. I tak do transportu chorych w warunkach niepomyślnych można użyć rozpostartego płaszcza, koca, płachty namiotu harcerskiego, szerokich gałęzi itp.

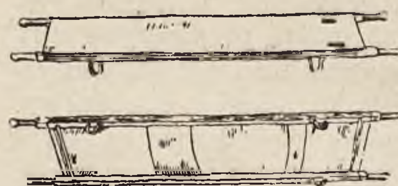
#### Środki sanitarno-przewozowe

Najprostszym środkiem transportowym są n o s z e, wśród których rozróżniamy w zasadzie trzy typy:

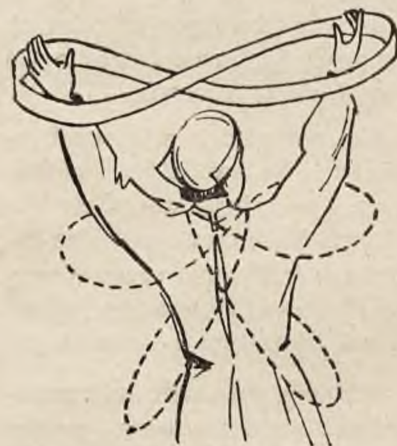
nosze sanitarne zwykłe,
nosze składane,
i nosze rozbierane.

Nosze są podstawowym, typowym środkiem transportu. Zasadą jest, aby chory przesyłany był z miejsca wypadku do szpitala na tych samych noszach, bez zbędnego przenoszenia go z noszy na nosze. I tak w szeregu kolejno po sobie następujących środków przewozowych jak biedka konna, psi zaprzęg, samochód sanitarny, samolot czy łódka, zmienia się tylko środek lokomocji, zaś podstawowy środek transportu, na którym leży chory — nosze — pozostaje stale ten sam. W ten sposób zasada jak najostrożniejszego postępowania z chorym — uniknięcie poważniejszych, dodatkowych uszkodzeń przez zbędne przekładanie, spokój, a jednocześnie wygoda, tak pacjenta, jak i personelu transportującego — jest w pełni zachowana.

Szkielet noszy jest zwykle drewniany, rzadziej metalowy, podkład zaś brezentowy. Metalowe uchwyty oraz dodatkowe urządzenia, ułatwiające umieszczenie noszy na danym środku lokomocji, dopełniają całości noszy. Modyfikacje w szczegółach budowy wpływają na to, że zaliczamy je do noszy zwykłych, składanych, względnie rozbieranych.



Aby ułatwić sobie przenoszenie na noszach, używa się zazwyczaj specjalnych pasów noszowych, które widzimy na poniższych rysunkach.



W razie braku noszy znormalizowanych, można je zastąpić noszami improwizowanymi z różnych podręcznych materiałów. Znany jest sposób przeno-

szenia chorego na płaszczu czy płachcie namiotowej, przez które przetknięty jest dość długi drąg, niesiony na barkach dwóch osób. Można też sporządzać nosze z worków i 2 drągów, z zapiętego płaszcza, przez którego wywrócone rękawy przesuwa się mocne kije, drągi itp.



Sanitarne środki przewozowe różnią się od zwykłych środków lokomocji budową wnętrz, zezwalających na swobodne umieszczenie w nich noszy, oraz specjalnymi urządzeniami amortyzacyjnymi, to jest łagodzącymi wstrząsy.

Prostym środkiem przewozowym jest dwu- lub czterokołowy wózek o zaprzęgu konnym, posiadającym rusztowanie do zakładania brezentu, chroniącego przed deszczem, zdejmowane siedzenie i miejsce na jedną względnie dwie pary noszy. Wózków takich używa się przy złych warunkach drogowych, górskich wycieczkach itd. Nieco większe zastosowanie ma wóz sanitarny, mogący przewieźć dwóch chorych leżących i dwóch siedzących.

Podobnie jak w lecie wozy sanitarne, tak w zimie do transportu chorych używane są sanie, wyposażone w nadwozie, zabezpieczające chorych od mrozu. Czasami spotyka się również psie zaprzęgi, oddające niejednokrotnie nieocenione usługi.

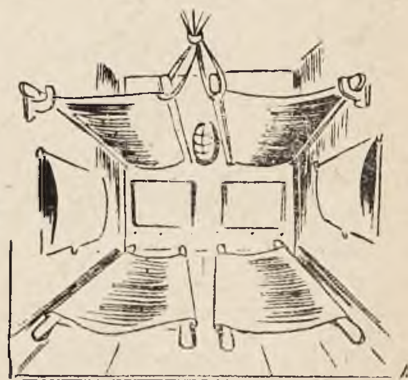
Każdy z tych środków przewozowych może być na prędce przygotowany ze zwykłych wozów i sań gospodarskich, należy je tylko — aby zapobiec wstrząsom — dobrze wymościć podściółką, najlepiej ze słomy lub siana, oraz zaopatrzyć w zasłonę od deszczu, wiatru i mrozu.

Obecnie wozy ustępują miejsca samochodom sanitarnym, specjalnie przysposobionym do przewozu chorych.

Zależnie od typu, samochód zabiera 1, 2 lub 4 osoby na noszach i mniej więcej dwa razy tyle osób siedzących, nie wliczając w to 2 osób obsługi.

Samochód sanitarny posiada lekkie, zakryte nadwozie typu autobusowego, urządzenia wentylacyjne, światło elektryczne, a nadto jest ogrzewany gazem spalinowym silnika. Kabina kierowcy oddzielona jest od chorych przegrodą z okienkiem. W tylnej części samochodu sanitarnego znajdują się urządzenia dla noszy oraz podnoszone siedzenie boczne. Do ustawienia noszy służy zespół, składający się z rur kierujących i — ślizgających się po nich — wodzideł. W samochodzie sanitarnym, dostosowanym do przewożenia 4 chorych leżących, dwie pary rur kierujących znajduje się koło sufitu — dla noszy górnych, dwie zaś umocowane są do podłogi — dla noszy dolnych. Do urządzeń dodatkowych należą chroniące przed wstrząsami doskonałe amortyzatory oraz zamki do umocowania i zabezpieczenia rączek noszy.

Samochód sanitarny zaopatrzony jest nadto w a p t e c z k ę z niezbędnymi lekami, szynami do unieruchomienia kończyn i materiałem opatrunkowym.



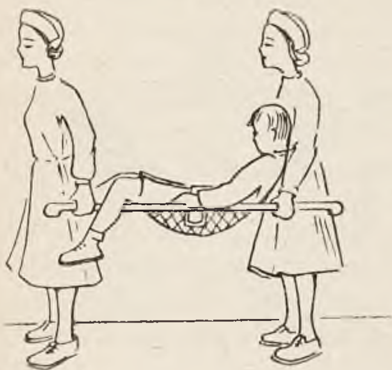
### Zasady transportu chorych i rannych

Jedyny przykry moment dla chorego, a w szczególności dla rannego lub osobnika ze złamaniem kończyny, to układanie go na noszach, względnie zdejmowanie z nich. W tych razach obowiązują pewne zasady, gwarantujące iż wspomniane czynności wykonane będą bez szkody dla pacjenta. Warunkiem koniecznym transportu na noszach w ogóle jest obecność co najmniej 2 osób niosących. Pierwsza ujmuje chorego jedną ręką pod plecy na wysokości łopatek, a drugą wsuwa pod pośladki, równocześnie druga osoba podnosi nogi pacjenta. Chorego należy unieść jednocześnie, a następnie delikatnie ułożyć na noszach. Niosący muszą iść powoli, „nie w nogę", równomiernie, uginając sprężyście stawy kończyn, odpowiednio do nierówności terenu.

Zdjęcie chorego z noszy odbywa się w porządku odwrotnym. Jeżeli mamy do dyspozycji 3 osoby, to przenoszenie na nosze i z noszy przeprowadza się według zasad pielęgniarskich.

Celem ułatwienia niesienia noszy stosuje się niekiedy specjal-

ne pasy noszowe. Niekiedy pasy takie mogą zupełnie dobrze zastąpić same nosze.



Zwrócimy teraz uwagę na technikę załadowania chorego na noszach do wozu sanitarnego. Zakładamy, że wóz jest gotów do przyjęcia noszy z chorym, w myśl wyżej omówionych zasad.



Niosący ustawiają się przed tylnymi drzwiczkami wozu sanitarnego, po obu stronach noszy, następnie ujmują drążki, szeroko rozstawiwszy ręce i pod noszą chorego tak, aby głowa była uniesiona nieco wyżej. Później wsuwa się nosze z chorym na wóz, zwracając uwagę, aby „nóżki" trafiły do rur prowadzących. W końcu należy umocnić zamki, zabezpieczające przed poruszaniem się noszy w czasie drogi. Rozładowanie odbywa się w odwrotnej kolejności chwytów.

W wypadku, gdy dysponujemy nietypowymi środkami przewozowymi, należy je odpowiednio przygotować, mając na uwadze przede wszystkim jak najlepszą amortyzację wstrząsów na nierównościach terenu. Do tego celu używa się wszelkich możliwych sposobów, jak mosczenie wozu mchem, sianem, słomą, poduszkami, kocami itp.

Woźnica, względnie kierowca samochodu sanitarnego, powinni pamiętać o ostrożnej, powolnej jeździe, albowiem podrzucanie, a nawet większe kołysanie może wywrzeć szkodliwy wpływ na złamaną kończynę, ognisko zakażenia itp., zaś w przypadkach krwotoku może spowodować zwiększenie lub nawrót krwawienia.

**Wskazania i przeciwwskazania do transportu**

Po udzieleniu pierwszej pomocy na miejscu wypadku czy zachorowania powstaje zagadnienie przesłania chorego do szpitala.

Przed powzięciem decyzji co do transportu należy liczyć się z poniżej wyszczególnionymi kryteriami, zwracając baczną uwagę na wszelkie możliwe w czasie drogi czynniki szkodliwe.

O wskazaniu lub przeciwwskazaniu do transportu decydują:

1. stan ogólny i miejscowy chorego,
2. warunki komunikacyjne i i drogowe,
3. brak odpowiednio szybkich i wygodnych pojazdów sanitarno-przewozowych,
4. znaczne odległości,
5. stan pogody i pora roku.

Źle znoszą transport chorzy na tężec, z uszkodzeniami brzucha i klatki piersiowej oraz będący w stanie szoku.

Pewne cierpienia z reguły pogarszają się w czasie transportu, jak wzrastające ciśnienie wśródczaszkowe, spowodowane obrzękiem mózgu, obrzęk i krwawienie przy przenikających uszkodzeniach czaszki, grożący obrzęk głośni przy urazach szyi i szczęki, następowe krwotoki przy ranach kończyn itp.



Nie stanowią przeciwwskazań do transportu krwotoki, jeżeli zostały w sposób prawidłowy zatrzymane opaską **Esmarcha** (krępulcem) lub opatrunkiem uciskowym. Należy tylko pamiętać, że czas nałożenia krępulca jest ograniczony i nie usunięta w porę opaska może spowodować daleko idące zaburzenia odżywcze kończyny, do zgorzeli włącznie.

W wielu wypadkach korzystny jest szybki, choćby nawet długotrwały transport rannych z uszkodzeniami czaszki i mózgu lub narządów jamy brzusznej, gdyż liczymy się z tym, że po operacji transport rannych w głowę może grozić ponownym krwotokiem, wzrostem ciśnienia śródczaszkowego obrzękiem mózgu itd., a w przypadkach urazów jamy brzusznej — rozwinięciem się zakażenia otrzewnej.

Niekiedy zakażenie pozostaje w stanie utajenia i trudno go stwierdzić, zwłaszcza zaraz po zabiegu. W czasie dłuższego transportu dochodzi do ujawnienia się zakażenia. Tak np. czę-

c. d. na str. 15.

# SPIS RZECZY

## miesięcznika „Pielęgniarka Polska“ za rok 1951

### ARTYKUŁY WSTĘPNE I POLITYCZNE



### ARTYKUŁY O TREŚCI SPOŁECZNEJ



### Z DOŚWIADCZEŃ RADZIECKICH

## ARTYKUŁY MEDYCZNE



## ARTYKUŁY PIELĘGNIARSKIE



## ORGANIZACJA PRACY PIELĘGNIARSKIEJ



## D I E T A

## Z NOTATNIKA PIELĘGNIARKI



## TŁUMACZENIA Z ROSYJSKIEGO



## REPORTAŻE



## WOLNA TRYBUNA



## ZE SZKÓŁ I KURSÓW



## KRONIKA KRAJOWA

## KRONIKA ZAGRANICZNA

ZSRR — Nr 5, 6, 10, 12
Chiny — Nr 5, 10
Anglia — Nr 5
Skandynawia — Nr 6
USA — Nr 6
Bułgaria — Nr 7—8
Korea — Nr 7—8
NRD — Nr 12
Rumunia — Nr 12
Czechosłowacja — Nr 12

## RECENZJE I PRZEGLĄD PRASY

Patologia — **Prof. dr W. Czarnocki** Nr 2—3
Podręcznik dla pielęgniarek — **M. S. Ichtejman** Nr 5
Choroby nosa, gardła i uszu — **M. Góralówna** Nr 12
Pediatria Polska Nr 10/51 Nr 2—3
Nowiny Lekarskie Nr 9/51 Nr 5

sto groźnym powikłaniem, występującym u chorych transportowanych, są zakażenia beztlenowcami (tężec, zgorzel gazowa).

Do utrudnienia, a niekiedy nawet do uniemożliwienia transportu przyczynić się mogą fatalne warunki komunikacyjne, zerwane mosty w czasie powodzi, zły stan dróg itd. Wówczas należy się starać o taki środek przewozowy, któryby mimo wszystko przezwyciężył trudności.

Brak odpowiednio szybkich i wygodnych środków sanitarno-przewozowych może ujemnie wpłynąć na stan przewożonych. Długotrwały transport, wstrząsy i kołysania na skutek złego stanu dróg, zbyt duża szybkość pojazdu lub nieumiejętne prowadzenie go mogą być dla chorego niezmiernie szkodliwe.

Przy braku typowych środków sanitarno - przewozowych najlepiej przewozić chorych latem w godzinach rannych i wieczornych, zabezpieczając tym samym przed kurzem i skwarem. W zimie należy chorych zaopatrzyć w koce, grzałki chemiczne, termofory, butelki z gorącą wodą itp. Zawsze należy liczyć się z możliwością przeziębienia chorego, a w zimie — odmrożeń, i stosować wobec tego odpowiednie środki zaradcze.

### Ułożenie chorego w czasie transportu

Sprawa ma bardzo ważne znaczenie, dlatego omówimy ją dokładniej w zależności od lokalizacji urazu.

W przypadkach urazów głowy najkorzystniejsze ułożenie transportowe — to pozycja leżąca. Głowę należy umieścić wyżej i ułożyć na stronie zdrowej, wobec groźby krwotoku i wypadnięcia tkanki mózgowej.

W przypadkach uszkodzenia szczęki, gardzieli, szyi lub dna jamy ustnej przy dłużej trwającym transporcie może wystąpić krwotok, obrzęk krtani i głośni, a tym samym — zatkanie dróg oddechowych. W tych razach konieczne staje się przymocowanie języka na zewnątrz, zaś ułożenie transportowe w pozycji na boku lub półsiedząco.

Najgorzej znoszą transport chorzy z uszkodzeniami klatki piersiowej, a zwłaszcza z otwartą odmą, kiedy każdej chwili grozi pogłębienie i tak już znacznego wstrząsu pourazowego. W tych wypadkach chorego należy przygotować do transportu, a po nałożeniu szczelnego opatrunku uciskowego podać morfinę i odpowiednie środki nasercowe. Z obawy przed krwotokiem nie należy spieszyć się z natychmiastową jazdą, zwłaszcza kiedy odległość do najbliższego szpitala jest znaczna. Ułożenie najczęściej w pozycji siedzącej (zwykle jednak pozwala się choremu przyjąć pozycję dla niego najwygodniejszą).

Chorzy z uszkodzodzeniami części miękkich, a przede wszystkim narządów jamy brzusznej wymagają jak najszybszego transportu do ośrodków chirurgicznych.

Błędem jest wysyłanie do szpitala chorych ze sprawami zapalnymi w jamie brzusznej na trzeci lub czwarty dzień choroby, jeśli widoczne są objawy cofania się sprawy zapalnej, stan chorego ulega poprawie i wybitnych objawów podrażnienia otrzewnej nie stwierdza się. Jak wykazało doświadczenie, stałe powolne kołysanie i drobne wstrząsy, jakich doznaje chory podczas drogi, powodują nawrót cierpienia i wybuch zakażenia o jeszcze większym nasilenia maczy fakt, że w stanach utraty świadomości najpóźniej zatężeniu, nierzadko kończącym się dla chorego tragicznie.

W przypadkach zranień brzucha — ułożenie transportowe na plecach przy lekko zgiętych kolanach (wałek), uniesionej głowie i ramionach dla zmniejszenia napięcia powłok brzusznych.

Chorym z zamkniętymi złamaniami miednicy lub kręgosłupa należy przed wyprawieniem w drogę o p r ó ż n i ć p ę c h e r z m o c z o w y, aby zapobiec możliwości jego uszkodzenia przez odłamki kości. Ułożenie transportowe płaskie, na twardym podłożu.

Złamania kości i uszkodzenie stawów wymagają u n i e r u c h o m i e n i a odnośnej kończyny. W przypadkach obrażeń kończyn dolnych, poza unieruchomieniem, należy dążyć do uniesienia ich nieco wyżej. Dobrze jest takich chorych ułożyć na o b f i t e j podściółce z siana lub słomy.

U wykrwionych, z upośledzeniem czynności krążenia lub znajdujących się w stanie wstrząsu należy, w miarę możności, głowę umieścić nisko. Zwłaszcza pamiętać o tym należy przy wnoszeniu chorego po schodach w górę. (Jest to wyjątek z ogólnej zasady pielęgniarskiej, dotyczącej przenoszenia chorych). Uniknie się wtedy omdlenia czy też zapaści.

Chorzy zatruci, względnie zagazowani, (np. czadem, gazem świetlnym itp.) powinni być transportowani w pozycji leżącej i zachowywać się jak najbardziej biernie.

## Transport lotniczy

Jednym z najlepszych środków transportu chorych i rannych jest samolot sanitarny, odgrywający dużą rolę w radzieckiej służbie zdrowia a obecnie wprowadzany i u nas.

Zwłaszcza w wypadkach znacznych urazów, wymagających natychmiastowej i kwalifikowanej pomocy lekarskiej, przewiezienie chorego na znaczną odległość w warunkach, gdy każde wstrząśnięcie grozi powikłaniem (np. uszkodzenie kości, a zwłaszcza kręgosłupa) — samolot sanitarny spełnia nieocenioną rolę.

Do celów transportu lotniczego używane są lekkie samoloty sportowe odpowiednio wyposażone wewnątrz.

Jazda samolotem, wobec zmienionych warunkach atmosferycznych, stwarza niekiedy niesprzyjające momenty. Pod wpływem spadku ciśnienia atmosferycznego i małej zawartości tlenu w powietrzu, dochodzi w ustroju do zmian częstotliwości tętna i oddechu, wzmaga się ciśnienie tętniczne krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego. Nagromadzenie gazów w jelitach może powodować ich nadmierne wzdęcie.

Poza tym wielu chorych, wrażliwych na rytmiczne bujanie, ulega chorobie morskiej, inni doznają zaburzeń psychicznych, wywołanych hukiem motoru. To ostatnie zjawisko tłumaczy fakt, że w stanach utraty świadomości najpóźniej zanika słuch, co więcej, chorzy tacy reagują znacznie silniej na bodźce słuchowe, nawet szmer wydaje im się zjawiskiem głośnym.

Z wyżej wymienionych względów przeciwwskazane jest przewożenie samolotem rannych w stanie wstrząsu i zapaści znacznego stopnia oraz krwotoku wewnętrznego. Podobnie chorzy na tężec mogą dostać wzmożonych napadów drgawek, a wymioty przy towarzyszącym w tężcu szczękościsku mogą spowodować niebezpieczne zachłyśnięcie.

Na krótkie odległości i w specjalnych warunkach, umożliwiających oddychanie tlenem, mogą być transportowani ranni w klatkę piersiową i brzuch. Poza tym transport lotniczy oddaje nieocenione usługi w wypadku złamań kości, kręgosłupa i miednicy.

Wprowadzenie nowoczesnej techniki, usprawniającej lotnictwo, zmniejszyło przeciwwskazania do transportu i należy przypuszczać, że w przyszłości, gdy kraj nasz będzie posiadał jeszcze więcej samolotów sanitarnych, odegrają one niepoślednią rolę w przewożeniu chorych. Będzie to przede wszystkim ogromne udogodnienie dla ośrodków wiejskich, oddalonych od specjalizowanej pomocy lekarskiej.

Na zakończenie wspomnieć należy, że samoloty sanitarne są zwykle kierowane przez najlepszych pilotów. W skład obsługi samolotu wchodzi zazwyczaj lekarz, względnie pielęgniarka, którzy mają do dyspozycji odpowiednio wyposażoną apteczkę. Ujemną stroną transportu chorych jest konieczność znalezienia odpowiedniego lądowiska w pobliżu miejsca wypadku.

## Transport kolejowy

Transport kolejowy jest szybkim, wygodnym i na ogół spokojnym środkiem przewożenia chorych. Ujemną jego stronę stanowi uzależnienie od rozkładu jazdy, konieczność dodatkowego środka lokomocji celem przywiezienia i odwiezienia chorego ze stacji kolejowej, wreszcie trudności w zarezerwowaniu odpowiednich przedziałów dostosowanych do ustawienia noszy.

Nie wszyscy jednak chorzy mogą być przewożeni koleją. Należy bowiem liczyć się ze stałym, rytmicznym wstrząsem, jaki wytwarza się w czasie jazdy pociągiem. Wstrząs taki jest najbardziej szkodliwy dla chorych z objawami ze strony otrzewnej (ostre stany zapalne w jamie brzusznej, zapalenie otrzewnej).

Nie należy przewozić chorych ze świeżymi sprawami zapalnymi, zwłaszcza kości, dopóki kończyny nie uruchomimy dokładnie w opatrunku gipsowym.

## Transport wodny

W warunkich powodzi niezwykle ważna staje się umiejętność sprawnego przeprowadzania przewiezienia chorych, rannych, jak również zdrowych — matek z dziećmi (co należy także do zadań służby zdrowia).

Transport chorych i rannych drogami wodnymi w porównaniu z transportem kolejowym i samochodowym ma wiele cech odrębnych. Do zalet tego rodzaju transportu należy nieograniczenie przelotności, nie przywiązanie do linii kolejowej lub drogi bitej, które na skutek powodzi mogą ulec zniszczeniu. Pozwala to na wykorzystanie równocześnie wielu środków przewozowych i szybsze w ten sposób udzielenie pomocy.

Problemem staje się jednak kwestia wodnych środków przewozowych, a zwłaszcza znalezienie umiejętnych żeglarzy i wioślarzy. Zwykłe łódki przygotowuje się do transportu przez ułożenie podściółki z siana, słomy, pościeli itp. Jedna łódka może pomieścić 2 chorych. W razie potrzeby buduje się tratwy, mogące pomieścić większą liczbę chorych.

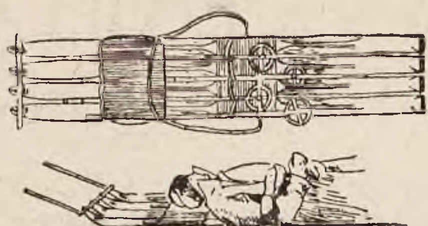


**Transport chorych w zimie**

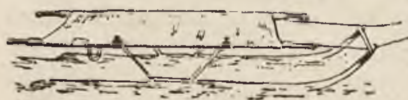
W warunkach śnieżnej zimy, zwłaszcza w górach zachodzi niekiedy potrzeba przewiezienia chorego nawet w czasie kilkunastostopniowego mrozu.

W naszych Tatrach od wielu lat istnieje znane Pogotowie Tatrzańskie, które niestrudzenie pełni zaszczytną służbę ratowania zagubionych.

Transport rannych w zimie w warunkach prymitywnych, w przypadkach nagłych odbywa się m in. przy użyciu specjalnych urządzeń noszo-nartowych oraz włók różnych typów.



W czasie mrozu, względnie chłodu, na pierwszy plan wysuwa się zagadnienie ochrony transportowanego przed odmrożeniem, zaziębieniem, przemoknięciem itp. W celu ogrzania chorego można używać kołder, worków futrzanych, butów filcowych, ogrzewaczy chemicznych itp.



Jeżeli nie ma przeciwwskazań, można chorego — po przybyciu do miejsca przeznaczenia — ogrzać podaniem gorącej herbaty lub alkoholu.

**Transport chorych zakaźnie**

Wydzielenie transportu chorych zakaźnie w oddzielne zagadnienie wynika ze względów epidemiologicznych. Zasadą jest, aby chorych zakaźnie przewozić oddzielnymi środkami sanitarno-przewozowymi, obsługiwanymi przez osobny personel, z jak najdalej idącą ostrożnością, mającą zapobiec rozprzestrzenieniu się infekcji. Chorych tych przewozić można tylko do szpitali zakaźnych. Ma to na celu zlokalizowanie infekcji i uniknięcie niebezpieczeństwa epidemii. W każdym wypadku, nawet podejrzanym o chorobę zakaźną, nie wolno do przewodu chorych używać ogólnych środków sanitarno-przewozowych.

W większych miastach istnieją specjalne Zakłady Sanitarne, które dysponują autami sanitarnymi, przeznaczonymi do przewozu zakaźnie chorych. Personel obsługujący składa się z kilku ludzi uodpornionych sztucznie czy też naturalnie przeciwko zasadniczym chorobom infekcyjnym. Ponadto personel jest szczegółowo pouczony o sposobach obchodzenia się z chorymi tego rodzaju.

Specjalne środki ostrożności, dezynfekcja auta sanitarnego, dezynfekcja i dezynsekcja pościeli, koców itp. zapewniają, że transport chorego nie stanie się rozsadnikiem epidemii.

Fakt ten powinien mieć na uwadze nie tylko lekarz, ale każdy pracownik służby zdrowia. Uniknie się przez to wielu nieprzyjemnych niespodzianek.

*Kazimierz Łodziński*



# SANATORIA dla ludzi pracy

Służba Zdrowia w Związku Radzieckim z każdym dniem osiąga coraz wyższy poziom doskonałości. Rośnie jakościowo i ilościowo. W Rosji carskiej było zaledwie 56 sanatoriów o pojemności najwyżej 3 000 łóżek. Dziś w Związku Radzieckim jest czynnych 350 luksusowo urządzonych sanatoriów i domów zdrowia, gdzie równocześnie można leczyć około ćwierć miliona chorych. Każdy człowiek pracy i członek każdego Związku zawodowego może w wypadku choroby uzyskać pobyt i leczenie w sanatorium.

Rozwój tego rodzaju lecznictwa rozwija się w oszałamiający wprost sposób. Setki i tysiące uczonych, ludzie wiedzy teoretycznej i praktycznej, przedstawiciele medycyny, chemii, biologii, balneologii, hydrologii, techniki i architektury biorą czynny udział w tworzeniu nowej nauki: **lecznictwa sanatoryjnego.**

Tym ogromnym sztabem uczonych dyryguje — Centralny Instytut Badań Lecznictwa Sanatoryjnego w Moskwie, on też sprawuje nadzór nad lokalnymi placówkami lecznictwa sanatoryjnego. Jednym z głównych działów jego prac jest systematyczne badanie całego kraju, od Bałtyku po Ocean Spokojny, od Karpat do podbiegunowego koła północnego, w poszukiwaniu odpowiednich terenów pod budowę nowych domów zdrowia, źródeł oraz złóż leczniczych szlamów i borowin.

W czasie trzydziestu lat istnienia Instytutu zorganizowano kilkaset wieloosobowych ekspedycji badawczych. Badania wykazały, że w całym kraju Rad znajduje się bardzo wiele źródeł mineralnych, niejednokrotnie gorących, jak np. na Kamczatce, gdzie w pobliżu już nieczynnych wulkanów, spotkano się ze źródłami o temperaturze 100° powyżej zera. Inne miejsca wykazały wybitną radioaktywność inne wreszcie — całkiem specjalne warunki klimatyczne.

Równocześnie Instytut prowadzi badania nad działaniami różnych wód mineralnych, borowiny, gorących i radioaktywnych błot, suchego powietrza itp. na organizm ludzki w ogóle, a specjalnie na organizm chory. Badania te opierają się na naukowych podstawach, pozostawionych nauce radzieckiej przez wybitnego fizjologa, Pawłowa.

Ogromna liczba odkrytych źródeł, kąpieli błotnych posiadających niezwykłe, a dotąd nieznane na świecie właściwości fizykochemiczne i biologiczne, spowodowała potrzebę systematycznej segregacji zdobytego materiału. Praca dała podstawę do opracowania systemu międzynarodowej klasyfikacji wszelkiego rodzaju środków i zabiegów balneologicznych. Pracami tymi kieruje w Moskwie wybitny uczony i lekarz, prof. Aleksandrow.



**Badanie pacjenta. Prof. Aleksandrow siedzi, drugi od lewej**

Lecznicza działalność sanatoriów radzieckich jest oparta na następujących wytycznych: sanatorium powinno leczyć dając zarazem pacjentowi wypoczynek. Prócz leczenia klimatycznego, zabiegów leczniczych, stosownego odżywiania i ćwiczeń fizycznych, muszą działać na system zdrowotny pacjenta takie czynniki jak zmiana otoczenia, odpowiednia dyscyplina, nowość wrażeń, zupełna beztroska o stronę materialną.

Leczenie odbywa się stosownie do posiadanej przez wybitnych lekarzy diagnozy. Każdy pacjent musi być zbadany przez naczelnego lekarza sanatorium i lekarza ordynującego, którzy mają do pomocy cały sztab pracowników pomocniczych.

Wszystkie sanatoria posiadają własne gabinety rentgenowskie do prześwietlań i terapii, aparaty fizjoterapeutyczne, laboratoria kliniczne i biochemiczne, dietetyczne kuchnie, sale operacyjne, leżalnie i bogate urządzenia rozrywkowe.

Długotrwałe badania setek radzieckich uczonych doprowadziły do wprowadzenia nowych, opartych na najnowszych zdobyczach medycyny metod leczenia. Oto kilka przykładów: do niedawna dla przeprowadzenia

u jednego pacjenta kuracji błotnej potrzebowano na jeden zabieg około 150 kg borowiny, badania wykazały, że kuracja jest lepsza, gdy zastosuje się okłady lokalne. Podobnie skasowano zbyt wysokie temperatury borowiny, ponieważ badania wykazały, iż jest ona skuteczna także w temperaturach znacznie niższych, które nie działają ujemnie na serce.

Wypracowano nowe metody leczenia chorób naczyń krwionośnych za pomocą kąpieli siarkowo-wodorowych, które działają rozszerzająco na naczynia obwodowe (w skórze). Zbadano skuteczność kąpieli radonowych (z emanacją radu).

Lekarze radzieccy stwierdzili, że picie zbyt wielkiej ilości wód mineralnych, stosowane uporczywie na Zachodzie, nie przynosi organizmowi potrzebnej korzyści, a nieraz jest szkodliwe. Natomiast odkryto, że woda morska, używana wewnętrznie, jest dobrym środkiem leczniczym na pewne przypadłości.

Fachowcy radzieccy wypracowali specjalne metody fabrykacji sztucznych wód mineralnych, które swym działaniem nie różnią się od wód naturalnych. Tak więc każde sanatorium może być zaopatrzone szybko i tanio w potrzebne zapasy wszelkich gatunków wód z najbliższej wytwórni. Opracowano też meteody transportu borowiny lczniczych szlamów, tak ażeby przy dłuższym transporcie środki te nie traciły swych własności leczniczych. Poza tym wynaleziono metodę regeneracji zużytego szlamu i borowiny.



**Sanatorium w Kisłowodsku**

W Centralnym Instytucie w Moskwie zainstalowano na miejscu wszelkiego rodzaju kąpiele i zabiegi, z których może korzystać ludność miasta, bez potrzeby wyjazdu. Instytut ten szkoli lekarzy i pracowników pomocniczych dla obsługi sanatoriów i domów zdrowia w całym państwie. Poza tym sprawuje on nadzór i kierownictwo nad instytucjami lokalnymi w poszczególnych republikach.

Według źródeł radzieckich

opracował **E. B.**

---

S. NOSOW

# Zapobieganie odrze

Nowe osiągnięcia nauki radzieckiej w dziedzinie seroprofilaktyki oraz szerokie stosowanie antybiotyków pozwalają pediatorom radzieckim na dalsze wmożenie walki z odrą — chorobą wieku dziecięcego.

Na pierwszy plan wysuwa się tu walka o dokładne wprowadzenie w życie zarządzeń przeciwepidemicznych, nie zawsze docenianych przez pediatrów.

Niedostateczne, powierzchowne zbieranie wywiadu epidemicznego, brak łączności z poradnią dla dzieci i organizacjami przeciwepidemicznymi są najczęstszymi przyczynami rzutów odrowych. Dokumentacja przebytej odry bywa niedokładna lub często się o niej zapomina, co powoduje, że dziecko, które r z e k o m o „przebyło odrę“ zostaje przeniesione do innego środowiska, stając się źródłem nowych zachorowań. Dla uniknięcia takich przypadków konieczne są bezsporne dowody przechorowania. Należy pamiętać, że mogą się zdarzyć również, co prawda rzadko, powtórne zachorowania na odrę.

Lekarze nie biorą często pod uwagę, iż *w ostatnich dwóch dniach okresu wylęgania* c h o r o b a  j e s t  j u ż  z a r a ź l i w a.

Jednym z ważnych warunków walki z odrą jest bezwzględna dokładność w obejmowaniu statystyką w s z y s t k i e dzieci, które pozostawały w kontakcie z chorobą na odrę oraz sygnalizowanie o tych kontaktach.

Należy pamiętać, że nadzwyczajna łatwość przenoszenia odry drogą powietrzno-kropelkową uwarunkowana jest

przede wszystkim **dużą podatnością** dzieci na zachorowanie. Prawdopodobnie *wirus*, którego stężenie w powietrzu maleje, stopniowo w miarę oddalania się od źródła, zdolny jest wywołać zakażenie nawet w bardzo małych dawkach. Odgrywa przy tym nie małą rolę rozsiewanie zakażenia **drogą kropelkową** (kaszel, kichanie), jak również mała lepkość wydzieliny błony śluzowej w okresie zwiastunów, co warunkuje tworzenie się bardzo drobnych, „długo pływających" w powietrzu kropelek śluzu.

Nie docenianie „lotności" zakażenia odrowego w dużych skupiskach dzieci pociąga za sobą ciężkie następstwa, gdyż doprowadza często do zaniedbania obowiązku zapobiegawczego podania surowicy, a tym samym do wybuchu epidemii odrowej w sąsiednim domu, bloku, czy namiocie.

Ogólnie znana jest bardzo mała trwałość zarazka odrowego, a co za tym idzie niemożność przeniesienia zakażenia drogą kontaktu pośredniego (przez przedmioty i osoby trzecie). Jednakże należy pamiętać o wyjątkach, o czym wspominają wszyscy autorzy podręczników chorób zakaźnych, że przypadki takie są możliwe.

Chociaż ogólnie przyjmuje się, że podatność na zachorowanie na odrę jest bardzo duża, że zachorowuje prawie 96% dzieci, mających styczność ze źródłem zakażenia, to jednak w pierwszym rzucie epidemicznym zachorowuje połowa lub najwyżej dwie trzecie dzieci.

Czasowa niewrażliwość na odrę posiada charakter nieswoistej odporności i może zniknąć w przypadku bezpośredniego i długotrwałego kontaktu.

W praktyce najważniejszym momentem profilaktycznym jest: *wczesne izolowanie* chorego dziecka od zespołu dziecięcego. Gra ono zasadniczą rolę w zmniejszeniu liczby późniejszych zachorowań. Izolować należy również dzieci, które zachorowały w grupie kwarantannowej, pomimo że w grupie tej zastosowano już seroprofilaktykę.

Ważnym momentem jest także zorganizowanie *całodobowych grup kwarantannowych* w zakładach dziecięcych. Za pomocą tego środka możemy zapobiec rozszerzaniu się zakażenia odrowego na inne zakłady dziecięce.

Całodobowe grupy kwarantannowe należy łączyć z seroprofilaktyką. Wówczas zmniejszają one nie tylko możliwość zachorowania, ale również łagodzą przebieg choroby i skracają czas jej trwania.

Trudności, z którymi się wiąże przygotowywanie surowicy odrowej, zmuszają do podjęcia zagadnienia masowej produkcji gammaglobuliny. Gammaglobulinę wprowadza się w małych dawkach, co zmniejsza zarówno ból, jak i strach dzieci.

Należy stale pamiętać, iż przebycie odry zmniejsza odporność organizmu wobec innych zakażeń, prowokuje do zaostrzenia się procesów przebiegających skrycie, zwłaszcza czerwonki, co zawsze stanowi niebezpieczeństwo dla kolektywów dziecięcych.

*spolszczył*
*dr. Stanisław Bober*

L. DAWYDOWA

# Gimnastyka lecznicza w szpitalu

W moskiewskiej klinice im. Botkina oddział gimnastyki leczniczej pracuje w oparciu o 3 gabinety, z których jeden znajduje się w poliklinice. Zadaniem tego gabinetu jest zakończenie leczenia tych chorych, którzy zostali już wypisani ze szpitala.

Obecnie zorganizowano nowy gabinet połączony z werandą; daje to jednocześnie możność zastosowania leczenia powietrzem.

Odsetek chorych, korzystających z gimnastyki leczniczej, stale się zwiększa. Na oddziałach terapeutycznych gimnastykę leczniczą stosuje się szeroko przy nadciśnieniu, niedoczynności wieńcowej i zawałach mięśnia sercowego; na oddziałach: ginekologicznym, urologicznym i chirurgicznym najczęstsze zastosowanie gimnastyka znajduje po operacjach, a nasze obserwacje wykazują znaczne polepszenie przebiegu okresu pooperacyjnego przy jej zastosowaniu.

Na oddziałach chirurgii urazowej gimnastykę leczniczą stosujemy po operacjach rekonstrukcyjnych, na oddziałach chirurgii ropnej — przy oparzeniach i zapaleniach ropnych.

Ponieważ gimnastyka lecznicza jest jednym z czynników terapii, wszystkie zlecenia jej dotyczące wydawane są przez lekarza, pod którego opieką znajduje się chory. Historię

choroby pacjenta wraz z odnośną adnotacją przekazuje się do oddziału gimnastyki leczniczej, gdzie każdy chory posiada specjalną kartę, w której oprócz danych personalnych i niektórych danych anamnestycznych, (zależnie od charakteru choroby), notuje się uwagi, dotyczące stanu funkcjonalnego. U chorych urazowych zamieszcza się dane dotyczące ruchu w stawach, stopień atrofii mięśni, charakterystykę siły (dynamometrię). U chorych na choroby wewnętrzne oraz na gruźlicę notuje się zmiany tętna i ciśnienie krwi przed i po zabiegu, wskaźniki spirometryczne, pauzę oddechową, objętość i ruchomość klatki piersiowej, subjektywną reakcję na nasilenie zabiegu itd. U neurologicznie chorych notujemy dane o stopniu porażenia funkcji ruchu, zmiany tonusu mięśniowego i zaburzenia koordynacji ruchów. Metodykę stosowania gimnastyki uzależnia się od stanu chorego.

W celu kontroli zabiegów, układa się schematy orientacyjne i zestawienia ćwiczeń fizycznych. W większości wypadków stosuje się metodę ćwiczeń samodzielnych.

Nie rzadziej niż co 10 — 14 dni notuje się w karcie wyniki badań periodycznych i zaznacza się zmiany zastosowanej metodyki.

Dzięki stałemu kontaktowaniu się z lekarzami, prowadzącymi leczenie (pracownicy działu gimnastyki leczniczej mają obowiązek uczestniczenia w obchodach i konsultacjach) znacznie się rozszerzyły wskazania stosowania gimnastyki leczniczej. W zabiegach leczniczych utrzymuje się zasada ich kolejności: czas na gimnastykę leczniczą wyznacza się po zabiegach cieplnych, a przed zabiegami wodnymi.

Odsetek chorych, u których zostały całkowicie wznowione funkcje ruchowe, znacznie się zwiększył dzięki zorganizowaniu oddziału poliklinicznego, przeznaczonego dla dokończenia kuracji, zauważa się to szczególnie u chorych pourazowych.

Obsada personalna oddziału składa się z jednego lekarza i 8 instruktorów gimnastyki. W ubiegłym roku zorganizowano tu 6-tygodniowe kursy dokształcające dla pielęgniarek, zatrudnionych na innych oddziałach. Na podstawie specjalnie opracowanego programu przeprowadzono wykłady teoretyczne i zajęcia praktyczne. Kurs ukończyło 33 pielęgniarki, które obecnie na terenie swych oddziałów pomagają instruktorom gimnastyki leczniczej.

**Tłum. G.**

---

*Z notatnika pielęgniarki*

# Wlewanie doszpikowe u niemowląt

Z zabiegiem tym spotkałam się po raz pierwszy na oddziale niemowlęcym II Kliniki Pediatrycznej Akademii Medycznej w Warszawie.

Wlewania doszpikowe stosuje się tu często u niemowląt chorych na biegunki letnie, zatrucia pokarmowe i szereg schorzeń, przebiegających ze znacznym odwodnieniem organizmu dziecka. Wlewania te, szczególnie w postaci kroplówek, są w praktyce o wiele wygodniejsze, niż wlewanie do cienkich żył łokciowych, czy też do ciemiączka, dziecko poruszając się często bowiem powoduje wysunięcie się igły z żyły, a obecność pielęgniarki konieczna jest przez cały czas trwania zabiegu. Mocno tkwiąca w kości igła doszpikowa oraz łatwość unieruchomienia nóżki dziecka upraszcza zabieg.

Historia powstania tej metody datuje się od roku 1940. Wtedy to po raz pierwszy pojawiły się w piśmiennictwie anglosaskim notatki o wlewaniach doszpikowych. W naszej Klinice zabieg ten, poprzedzony szeregiem badań poczynionych na zwłokach, pojawił się w 1948 r.

Miejscem wkłucia jest okolica 1 cm poniżej guzowatości piszczelowej lub nasada kości udowej nieco powyżej stawu kolanowego . Igły doszpikowe są różnej grubości, zawsze zaopatrzone w mandryn i przesuwającą się tarczkę lub kulkę służącą do regulowania długości tego odcinka igły, który ma wejść do kości. Zakończenie igły jest ścięte jak w normalnych igłach dożylnych lub truakarze, z zaostrzonym mandrynem.

Doszpikowo podajemy te same płyny, co do wlewań dożylnych, a więc: roztwór fizjologiczny soli, 5% roztwór glukozy, krew, plazma, płyn Ringe-

ra, aminokwasy lub też różne kombinacje tych płynów, czasem z dodatkiem witamin, środków nasercowych, antybiotyków itp. Rodzaj i ilość podanego płynu zawsze określa lekarz.

### Technika zabiegu

1. Unieruchomienie nóżki dziecka musi być wykonane bardzo starannie. Najlepsze do tego celu są drabinki Kramera lub odpowiednio przycięte deseczki. Przy bandażowaniu pozostawiamy odsłonięte miejsce wkłucia.
2. Do zabiegu przygotowujemy ogrzany płyn i wszystko jak do zwykłej kroplówki dożylnej. Po obmyciu pola i wejścia do jamy szpikowej lekarz aspiruje strzykawkę, po ukazaniu się w niej krwi, łączymy igłę z drenem kroplówki i regulujemy szybkość płynu. Nóżki dziecka ogrzewamy termoforami.
3. Przy zdejmowaniu kroplówki, po usunięciu igły, zakładamy jałowy opatrunek, lekko uciskowy. Ponieważ kroplówka trwa 24 godziny i często po krótkiej przerwie, zakładamy ją ponownie, należy niemowię, które tyle godzin leżało nieruchomo, zaraz po zdjęciu kroplówki dokładnie umyć, przesłać łóżeczko, położyć na bok.

### Niebezpieczeństwa wlewań doszpikowych

1. Wprowadzenie infekcji do jamy szpikowej, czego unikamy przez bardzo ścisłe aseptyczne postępowanie w czasie zabiegu.
2. Przebicie kości lub jej pęknięcie, co zależy wyłącznie od wprawy lekarza, dokonywującego wkłucia.
3. Przedostanie się płynu do tkanek miękkich wskutek wprowadzenia igły poza jamę szpikową lub wskutek wysunięcia się igły w czasie ruchów dziecka. Tu właśnie bardzo ważna jest dokładna obserwacja pielęgniarska. Pielęgniarka umiejętnie postępując z dzieckiem, musi zapobiec jego gwałtownym ruchom, a widząc powstający obrzęk tkanek miękkich wskutek przedostania się płynu, zatrzymuje dopływ płynu i natychmiast wzywa lekarza!

Podobnie jak kroplówkę stosuje się doszpikowe wlewanie krwi. Transfuzję taką, po wprowadzeniu doszpikowej igły, wykonuje się normalnie, za pomocą strzykawek, jednak zawsze po uprzednim unieruchomieniu nóżki.

*H. Olszewska*



**Unieruchomienie nóżki dziecka musi być wykonane bardzo starannie. Przy bandażowaniu pozostawiamy odsłonięte miejsce wkłucia.**

# W SZKOLE I NA KURSIE

**WARSZAWA**

Szkoła Pielęgniarstwa Nr 2 w Warszawie przy ul. Wilczej 9 podjęła szczęśliwą inicjatywę zorganizowania w dn. 2 grudnia r. ub. konferencji absolwentek Szkoły celem omówienia i następnie wyciągnięcia wniosków z braków, niedociągnięć w szkoleniu i trudności w pracy absolwentek. Od początku istnienia Szkoły tj. od roku 1947 dyplomy otrzymało 225 absolwentek.

Na konferencję przybyli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, KC PZPR, Wydziału Zdrowia Miejskiej Rady Narodowej, PCK, ZMP oraz 120 absolwentek.

Wstępny referat polityczny o sytuacji międzynarodowej i krajowej wygłosił ob. Kumorek, przewstawiciel Centralnej Rady Związków Zawodowych, naświetlając dwie polityki: politykę obozu pokoju ze Związkiem Radzieckim na czele i politykę podżegaczy wojennych z USA na czele. Następnie ob. Kumorek obszernie i wnikliwie naświetlił obecne trudności gospodarcze, w jakich znajduje się przejściowo nasz kraj.

Kol. Róża Krotoszyńska, Dyrektorka Szkoły, wygłosiła referat na temat: „Aktualne zagadnienia pielęgniarek", po czym wezwała absolwentki do śmiałego zabierania głosu w dyskusji, omawiając trudności w pracy, wynikające z lokalnych braków, jak też



niedociągnięć w programie Szkoły.

Dyskusja była ożywiona, zabrało w niej głos 11 pielęgniarek. Podkreśliły one m. in. trudności w pracy szpitalnej, wynikające z braku znajomości łaciny oraz podstaw psychologii i pedagogiki (kol. kol. Święcicka, Michalska, Olszewska).

Wiele koleżanek wskazywało na braki w wyposażeniu oddziałów szpitalnych, co poważnie utrudnia pracę oraz na brak zainteresowania ich pracą ze strony władz szpitalnych.

Omówiono również współpracę z młodszymi pielęgniarkami, która na ogół układa się pozytywnie, wiele koleżanek bierze udział w ich doszkalaniu. Znaczne natomiast trudności napotykają absolwentki, pragnąc wprowadzić nowe metody pracy tam, gdzie pracują starsze wiekiem pielęgniarki, mające za sobą wieloletnie doświadczenie. Wskazanym byłoby więc skierowywanie młodych absolwentek w nieco większych zespołach (kol. Garbacz).

Poruszono również sprawy bytowe, jak brak mieszkań dla pielęgniarek, zdarzają się wypadki, że mieszkają one na zamkniętych oddziałach zakaźnych.

Podsumowania dyskusji dokonał ob. Branowitzer, Dyrektor Dep. Min. Zdrowia, stwierdzając, że dyskusja nie poruszyła wielu ważnych zagadnień i nie dała tych wiadomości z terenu, jakich oczekiwano. Pielęgniarki — mówił Dyrektor Branowitzer — powinny walczyć o poziom zawodowy, ideologiczny i moralny po przez podnoszenie kwalifikacji ideologicznych i zawodowych. Ze Zjazdu pielęgniarki powinny wynieść przekonanie, że Rząd myśli o ich trudnościach, że zwraca na nie uwagę a troski i dysproporcje będą rozpracowane i usunięte.

Po zakończeniu dyskusji absolwentki Szkoły zademonstrowały mało znany zabieg wlewki doszpikowej. Wyświetlenie 2 filmów naukowych o Rentgenie i o odruchach warunkowych u zwierząt według nauki Pawłowa oraz część artystyczna w wykonaniu uczennic Szkoły zakończyła konferencję.

**J. S.**

---

**Nowy Sącz.**

Zgodnie z Zarządzeniem Ministerstwa Zdrowia na naszych oddziałach szkolnych wprowadzono pogadanki przy raportach. Pogadanki zawierają wyczerpujące omówienie niektórych ciekawych przypadków chorobowych.

Z początku wydawało się to nam uciążliwe. Z czasem zrozumiałyśmy, ile istotnych korzyści przynosi nam dobrze opracowana pogadanka. Przy czytaniu raportu południowego jedna ze słuchaczek omawia ciekawszy przypadek, znajdujący się na jej oddziale, dzięki temu reszta słuchaczek jest zorientowana we wszystkich ciężkich przypadkach na innych oddziałach.

Temat pogadanek obejmuje zawsze zapobieganie, leczenie i pielęgnowanie. Uczennice uważnie słuchające pogadanek i biorące udział w dyskusji przechodząc na inny oddział znają już stan przebywających tam pacjentów, dzięki temu mają znacznie ułatwioną pracę.

Uczennica przygotowująca pogadankę, ćwiczy się równocześnie w pisaniu anamnezy. Dobrze przeprowadzona dyskusja nad pogadanką uczy spostrzegawczości i daje możność poznania większości przypadków chorobowych przez wszystkie uczennice odbywające praktykę w szpitalu.

Do opracowania pogadanek podchodzimy z pełnym zrozumieniem korzyści, jakie dają one w konsekwencji choremu i nam samym.

**Korespondentka Szkolna**

*Maria Oziębłowska*

**Poznań**

W Państwowej Szkole Pielęgniarstwa w Poznaniu w dn. 14.XII.1951 r. odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów 31 absolwentkom. Szereg uczennic za aktywną pracę społeczną oraz pilną naukę otrzymało nagrody książkowe.

Należy zaznaczyć, że jest to w bieżącym roku trzeci egzamin dyplomowy, gdyż takie zobowiązanie podjęła na rok 1951 Państwowa Szkoła Pielęgniarstwa w Poznaniu.

Zrealizowanie planu było możliwe dzięki wytężonej pracy i nauce samych absolwentek, jak również dzięki dużemu wkładowi pracy całego personelu szkoły.



# KRONIKA

## Z zagranicy

**ZSRR**

Wśród bogactw naturalnych Radzieckiego Dalekiego Wschodu wybitne miejsce zajmują gorące źródła mineralne, błota i jeziora. Na przestrzeni od jeziora Bajkał aż do brzegów Oceanu Spokojnego zorganizowano i odpowiednio wyposażono około 500 uzdrowisk, cennych pod względem leczniczym. Bez wątpienia w głębi tajgi kryją się jeszcze niezbadane naturalne bogactwa lecznicze. Przed kilku miesiącami wykryto 4 nowe gorące źródła alkaliczne z domieszką helu w Obwodzie Nadmorskim, a nad rzeką Amgu znaleziono cenne alkaliczne źródła kwasowęglowe.

Źródła Dalekiego Wschodu pod względem leczniczym można podzielić na następujące grupy: słone (Ugdan), alkaliczno - kwasowęglowe, alkaliczno-żelaziste, siarkowe, węglomagnesowe i inne. Źródła gorące odznaczają się wysokim stopniem ciepłoty, dochodzącej do 70$^{0}$ przy wyjściu na powierzchnię ziemi, błota zaś są wysoko radioaktywne.

Lecznicze znaczenie tych uzdrowisk potęguje bogata przyroda Dalekiego Wschodu; rosną tam dzikie winogrona, wschodnie cytryny, mandżurskie orzeszki, olbrzymie cedry. W uzdrowiskach położonych nad brzegami Oceanu Spokojnego lecznicze błoto czerpie się z głębi Oceanu. Właściwości terapeutyczne tych błot nie ustępują znanym pokładom znanych i popularnych uzdrowisk na Zachodzie Związku Radzieckiego. Wśród wielu uzdrowisk zasługuje na wspomnienie Szmakowka, która posiada źródła o właściwościach narzanu. Rząd Radziecki przeznaczył ogromne sumy na stworzenie w Szmakowce uzdrowiska typu Kisłowodzka. Warunki klimatyczne, bez ostrych zmian i wiatrów, sprzyjają prowadzeniu leczenia takich schorzeń, jak układu krwionośnego, funkcjonalnych chorób nerwowych, chronicznego zapalenia nerek, przewodu pokarmowego i innych.

Wysokie właściwości lecznicze uzdrowisk Dalekiego Wschodu zostały w pełni docenione przez lekarzy i ludność miejscową, która może przeprowadzać leczenie w pobliżu stałego miejsca zamieszkania, nie będąc zmuszoną do dalekich wyjazdów.

*
* *

**Ochrona systemu nerwowego u dzieci.** Jeden z radzieckich laryngologów podaje swe spostrzeżenia, dotyczące badania dzieci przez lekarzy tej specjalności. Badania laryngologiczne są silnym przeżyciem dla dzieci; już sam wygląd lekarza z reflektorem nad czołem może u bardziej nerwowych dzieci wywołać lęk. Inne dzieci patrzą raczej z zainteresowaniem. Dlatego ważne jest, aby lekarz badał na oddziale najpierw dzieci starsze i spokojniejsze, a następnie zbliżał się do młodszych i więcej nerwowych. Zazwyczaj wystarczy przeprowadzić badanie u kilku starszych dzieci, aby młodsze i lękliwsze uspokoiły się i pozwoliły na spokojne przeprowadzenie badania.

Często badaniu laryngologicznemu towarzyszy jakiś drobny zabieg, przy którym ważne jest utrzymanie główki dziecka w odpowiedniej pozycji. Pielęgniarka powinna przed przystąpieniem lekarza do zabiegu ująć odpowiednio główkę i przytrzymać rączki dziecka, gdyż zwrócenie się lekarza do pielęgniarki z przypomnieniem o tym wywołuje lęk u dziecka, zaczyna ono płakać i wyrywać się. Z tego względu w ramach doszkalania personelu młodszego na oddziałach szpitalnych powinien być omawiany temat pomocy przy badaniu.

Częstym zabiegiem laryngologicznym przeprowadzanym u dzieci jest przekłucie bębenka (paracenteza). Jest to zabieg krótki lecz bolesny. Nie należy go więc przeprowadzać w obecności innych dzieci na oddziale, gdyż widok dziecka płaczącego i wyrywającego się w czasie tego zabiegu — to silny wstrząs psychiczny dla patrzących dzieci.

U dzieci starszych (7 — 12 lat) przed przeprowadzeniem takich zabiegów chirurgicznych, jak usunięcie migdałków, zachodzi pytanie: co jest lepsze, uprzedzić dziecko o mającym nastąpić bolesnym zabiegu, czy też nie mówić poprzednio, aby nie wywołać lęku u dziecka? Z punktu widzenia wycho-

wawczego — należy dziecko bezwzględnie uprzedzić, gdyż wykonując ten zabieg niespodzianie, bez przygotowania dziecka — lekarz traci zaufanie swego małego pacjenta.

W literaturze znajdujemy wzmianki o ciężkich nerwicach po operacjach takich, jak adenektomia lub tonsillektomia. Dzisiaj w świetle nauki Pawłowa, mechanizm tego rodzaju urazów staje się zupełnie jasny. Uraz psychiczny wywołany nagłym i niespodziewanym bólem bardzo ujemnie odbija się na psychice dziecka. Dlatego słuszne jest uprzedzić dziecko i przygotować psychicznie do mającego nastąpić zabiegu operacyjnego, mówiąc, że „będzie trochę bolało, ale bardzo krótko". Jak wykazuje doświadczenie, ten sposób postępowania daje zawsze dobre rezultaty.

Zdawałoby się, że sprawy poruszane powyżej są tak błahe, że nie warto o nich wspominać, a jednak drobiazgi mają duże znaczenie w praktyce, gdyż dotyczą one dziecka, które wszystkie przeżycia odczuwa silniej.



**Brak apetytu u dziecka.** Rodzice często zwracają się do lekarzy ze skargą na brak łaknienia u dzieci. Jest to tzw. a n o r e k s j a, spowodowana niewłaściwym odżywianiem, przekarmieniem i błędami w wychowaniu. W podobnych wypadkach widok posiłku, zamiast do datniego odruchu warunkowego, skojarzonego z przyjemnym uczuciem, wzbudza skojarzenie z aktem przymusowego karmienia, które czasami jest dla dziecka torturą. Takie dzieci lepiej jedzą w przedszkolach, co się tłumaczy tym, że działa na nie przykład innych dzieci. Ważna tu jest przytym ilość i jakość potraw odpowiednio dobranych dla wieku dziecka. Oprócz tego, w przedszkolu, czy też żłobku dziecko je samo, co wymaga z jego strony pewnej aktywnej pracy, powodującej cały skomplikowany łańcuch uwarunkowanych odruchów pobudzających apetyt.

Przy braku apetytu u dzieci może stać się pomocnym masaż powłok brzusznych w okolicy żołądka przy jednoczesnym przestrzeganiu norm odżywiania według wskazówek lekarza. Uwzględniając potrawy, które dziecko lubi i je chętnie bez przymusu w ciągu 3 — 5 dni dajemy po pół porcji tj. dietę półgłodową, albo np. przez pierwsze dwa dni podajemy tylko 4 szklanki mleka na dzień, przez następne 2 dni dodajemy jabłko, kisiel, puree i niektóre potrawy, które dziecko najlepiej lubi, przestrzegając ściśle godzin posiłków i odpowiednich ilości. Konieczne jest przytym stosowanie w ciągu kilku dni diety niepełnej kalorycznie, co ma na celu wywołanie uczucia głodu u dziecka. Przed każdym posiłkiem, tj. 4 razy dziennie należy stosować masaż brzuszka w ciągu 1 — 1½ minut, ma to znaczenie przede wszystkim psychiczne. Przy masażu trzeba używać płynu ze specjalnym przyjemnym zapachem, zawsze jednakowym. Zaraz po masażu podajemy posiłek, zalecając aby dziecko jadło samo i tylko tyle, na ile ma ochotę.

Wiele przykładów potwierdziło, że dziecko nie dojadając przez pewien niedługi okres czasu, nawet bez stosowania masażu, odzyskuje apetyt. Jednak największą trudnością jest przekonanie matki, że przy zastosowaniu powyższego systemu nie jest potrzebne podawanie żadnych leków pobudzających łaknienie.

# ODPOWIEDZI REDAKCJI

**Kol. J. M. Katowice.** Spełniając życzenie koleżanki podajemy dietę przy żółtaczce.

**Zasady ogólne.** W stanie ostrym choroby dieta składa się głównie ze słodzonej herbaty, słodkich soków owocowych i przecieranych kasz. Stopniowo dodajemy grzanki, ziemniaki, mleko chude, galaretki, wreszcie świeży twarog i chude mięso. Gdy stan ostry mija, dieta powinna być wzbogacona: węglowodany — 450 g, białko około 100 g, a uboga w tłuszcz — około 30 g. Węglowodany należy podawać w formie cukru, miodu, owocowych soków, prostych deserów, jak kisiel, budynie. Białko jaja podaje się w formie ubitej, dodanej do musów, budyni, chudego mleka, świeżego twarogu, przetartych potraw strączkowych.

**Przykład jadłospisu**

**Śniadanie:** sok z surowych owoców, płatki owsiane na wodzie, na gęsto z 1 dkg masła, czerstwa bułka, chude mleko.

**II śniadanie:** sok owocowy, sucharek.

**Obiad:** przecierana zupa jarzynowa, delikatne kluseczki z twarożku, przetarte jarzyny, ziemniaki, mus owocowy lub kisiel.

**Podwieczorek:** jak II śniadanie.

**Kolacja:** kaszka na mleku z dżemem.

**Dieta przy kamicy żółciowej**

**Zasady ogólne.**

Węglowodany w obfitości, 450 — 550 g.

Białko w ilości zwiększonej — 1,5 g na jeden kilogram wagi pacjenta.

Tłuszcz ograniczamy do 50 g — jedynie łatwostrawny o niskim punkcie topliwości.

Witaminy w obfitości.

Ilość kalorii wystarczająca do podtrzymania wagi ciała.

Wykluczenie ostrych przypraw i alkoholu.

Podawanie posiłków bardzo regularnie, posiłki dobrze przeżute, spożywane w przyjemnej atmosferze i po wypoczynku.

Temperatura potraw umiarkowana około 40°C.

W okresie ostrym dieta ograniczona do podawania słodzonej wody z sokami owocowymi i świeże soki z owoców. Płyny podawać ciepłe, co godzinę, w ilości około pół szklanki.

**Przykład jadłospisu przy kamicy w stanie chronicznym.**

**Śniadanie:** herbata z mlekiem, czerstwa bułka ze świeżym twarożkiem lub miodem.

**II śniadanie:** chude mleko, sucharki.

**Obiad:** delikatne mięso gotowane lub dorsz z jarzynkami bez tłuszczu (ograniczenie się do mięsa białego jest przesądem), ziemniaki, półsurówka (z wykluczeniem grochu i fasoli), galaretka owocowa.

**Podwieczorek:** jak II śniadanie.

**Kolacja:** płatki owsiane na gęsto, sałatka jarzynowa.

## СОДЕРЖАНИЕ



## SOMMAIRE



**Numer ukazuje się w lutym**

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-'0. Redaktor przyjmuje; poniedziałki i środy w godz. 15 — 17. Redakcja czynna: codziennie 11 — 13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Srebrna 12 — Państwowe Przedsiębiorstwo Kolportarzu „Ruch". KONTO PKO: Nr I-15978 — „Pielęgniarka Polska". Prenumerata miesięczna: zł 1.50, kwartalna zł 4.50, półroczna zł 9.00, roczna zł 18.00, CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 1.200 zł, 1/2 str. 750 zł, 1/4 str. 450 zł, 1/8 str. 300 zł, 1/16 str. 210 zł, 1/32 str. 150 zł.

Drukarnia Wydawnictwa MON Warszawa. Zam. Nr 177, 3.500 3-B-13178